Rok XXIX. Kraków, 30 Sierpnia 1890. Nr. 35.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Kilka słów o nerwicy języka.

Podał

Doc. Dr. Gustaw Piotrowski.

Dnia 9 kwietnia 1890 r. przybyła do mnie z Krystynopola chora, skarżąca się na silne pieczenie języka, które widocznie musiało być dla niéj bardzo uciążliwe, skoro zasięgała rady miejscowych i okolicznych lekarzy, w końcu zaś mimo bardzo ograniczonych środków materyjalnych udała się do Lwowa na zlecenie jednego z lekarzy z Sokala do kol. Barącza, który ją następnie do mnie odesłał, nie znalazłszy na języku nic nieprawidłowego.

Przedstawiała się ona jak następuje:

Tekla M. l. 74, wdowa. Pochodzi z rodziców zdrowych. Wzrost średni, odżywienie bardzo dobre. Narządy wewnętrzne prawidłowe, z wyjątkiem rozedmy płuc miernego stopnia, oraz miażdżycy tętnic nie bardzo rozwiniętéj. Na nogach dosyć znaczne żylaki. Chorób, oprócz wysypkowych w dziecinnym wieku nie przechodziła żadnych, również nie była nigdy nerwową. Od lat około 5 cierpi także na silne pieczenie nóg i rąk. w mniejszym jednak stopniu. Od lat 3 blisko poczęła doznawać w języku świądu i pieczenia, które się z czasem potęgowało. Pieczenie to nagabywało przedewszystkiem przednią połowę języka, obejmowało jednak, jakkolwiek słabiéj i tylną połowę, oraz podstawę Nie ustępowało ono nigdy, czasem tylko objawiało się w mniejszem nasileniu, czasem znów potęgowało się do tego stopnia, że chora po całych nocach nie sypiała. Kwasy, sól, dotykanie, woda gorąca, zarówno jak bardzo zimna, potęgowały to bolesne pieczenie. Chłodna woda przynosiła chwilowo ulgę. W ostatnich miesiącach spotęgowało się cierpienie w gwałtowny sposób. Chora używała już najrozmaitszych środków: zażywała jakieś proszki i pigułki, piła wodę Vichy, smarowała język maściami i pędzlowała płynami, z których jeden był, jak podaje, tak silny, że cały język był jak w ogniu. Wszystko to nie tylko nie poprawiało, lecz owszem stan pogarszało.

Badanie języka, oraz jamy ustnéj wypadło pomimo tak silnych objawów prawie zupełnie ujemnie. Oprócz pokręcenia i lekkiego rozszerzenia żył języka z boku i na podstawie, większego pofałdowania, oraz zaczerwienienia błony śluzowéj, nie znalazłem nic a nic nieprawidłowego. Język był należycie wilgotny, nie obłożony, smak prawidłowy. Nadmienić jeszcze tylko muszę o zupełnym braku zębów, oraz zaniku wyrostków zębodołowych (*processus alveolares*).

W przypadku tym pragnąłem jeszcze dla całkowitego uspokojenia choréj zasięgnąć rady dermatologa i w tym celu poprosiłem kol. Kossaka, który również nic nie znalazł, oprócz powyżéj opisanych lekkich nieprawidłowości. Poleciłem tedy choréj wstrzymanie się od wszelkich drażniących manipulacyj około języka, utrzymanie jamy ustnéj w jak największéj czystości, częste płukanie chłodną wodą, przepisałem w końcu średnie dawki bromku sodowego, chora bowiem czuła się bardzo rozdrażnioną i osłabioną wskutek bezsenności w ostatnich czasach.

W tydzień potem miałem sposobność obserwować zupełnie podobny przypadek.

Dnia 16 kwietnia 1890 r. przysłał kol. Barącz ze swego oddziału do mnie, jako ordynaryjusza w oddziele dla chorób nerwowych lecznicy powszechnéj we Lwowie, kobietę z objawami będącemi dokładnem powtórzeniem poprzednio opisanych.

Tekla M. lat 74, z zakładu św. Łazarza we Lwowie. Wzrostu dobrego, dobrze odżywiona. Chorób, oprócz zapalenia płuc, nie wymienia żadnych. Badanie wykazało tylko dość znaczną rozedmę płuc, oraz żylaki. Chora cierpiała od 3—4 lat na dokuczliwe pieczenie w nogach. Od 6—8 miesięcy wystąpiło silne pieczenie języka, obejmujące cały ten narząd, oraz błonę śluzową, wyścielającą dno jamy ustnéj obok języka. Pieczenie to potęgują również jak w poprzednio opisanym przypadku kwasy, sól, woda gorąca, zimna natomiast przynosi ulgę w czasie, gdy ją trzyma w ustach. Badanie wykazało jedynie podobne zmiany jak poprzednio, tj. rozszerzenie i pokręcenie żył, oraz większe bruzdowanie bł. śluzowéj języka. Zębów posiadała chora jeszcze kilka dość dobrze zachowanych. Leczenie poleciłem podobnie jak i w pierwszym przypadku.

Trzeci przypadek był następujący:

Dnia 7 maja 1890 r. zasięgała u mnie porady Rachela S. lat 76, żydówka z Brodów, wdowa. Rodzice jéj byli zupełnie zdrowi, ona sama szczupła, zawiędła, nad wiek jednak rzeźwa. Oprócz chorób wysypkowych w dziecięcym wieku, przechodziła tyfus, zimnicę, w końcu przed 12 laty gościec ostry, który następnie przeszedł w przewlekły i trwa jeszcze dotychczas w lekkim stopniu. Była zawsze, jak podaje, nerwowa. Od lat ośmiu cierpi na pieczenie nóg. Od ośmiu miesięcy wystąpiło palenie w całym języku bardzo dotkliwe, zwiększające się pod wpływem tych samych czynników, jak

w poprzednich przypadkach. Zmiany też te same co poprzednio. Wszystkie zęby nosi sztuczne. Ponieważ bromu, którego już poprzednio używała, nie znosi, poleciłem jéj tylko płukanie ust wodą, oraz wstrzymanie się od drażnienia języka.

Te trzy przypadki przedstawiają zupełnie te same objawy, t. j. silne pieczenie języka, połączone tylko z bardzo małemi zmianami patologicznemi. Przypadki te nie dały się podciągnąć pod żadną opisywaną dotychczas kategoryję. Coś podobnego opisuje Albert w artykule „*Zunge*“ w *Real-Encyklopaedie* Eulenburga, jednakże bóle nerwowe wywołane były naroślami o wejrzeniu kłykcin tryprowych, bolesnych przy ucisku. Nie miałem tu również do czynienia z imaginacyjnemi owrzodzeniami, opisywanemi przez autorów francuskich i angielskich. U osób badanych przezemnie nie było można przypuścić ani śladu hipochondryi, stwarzającéj chorobę. Dopiero niedawno pojawił się w *Neurologisches Centralblatt* Nr. 13, wykład prof. Bernhardta na posiedzeniu Towarzystwa psychijatrycznego w Berlinia dnia 8-go czerwca b. r. p. t. „*Ueber eine weniger bekannte Neurose der Zunge und der Mundhöhle*“. W wykładzie tym wspomina o czterech przypadkach podobnego cierpienia języka, które obserwował od r. 1884 u trzech kobiet i jednego tylko mężczyzny. W dwóch przypadkach cierpienie to nie ograniczało się wyłącznie do języka, lecz obejmowało błonę śluzową dna jamy ustnéj, policzków, dziąsel, szczęk. Badanie wykazywało jedynie wybitniejsze pofałdowania i bruzdowania błony śluzowéj, żadnych jednak ani owrzodzeń, ani narośli. Chorzy Bernhardta liczyli wszyscy ponad 30 lat. Mężczyzna cierpiał na dnę i hemoroidy. Choroba zaś języka występowała po użyciu tłustych przypraw i sosów.

Opisywane dotychczas przypadki innych autorów tyczą się bądź podobnych objawów, bądź też, jak już poprzednio nadmieniłem, imaginacyjnych owrzodzeń.

Verneuil wspomina o nich na posiedzeniu Akademii paryskiéj dnia 27 września 1887 r. w wykładzie p. t. „*Des ulcérations imaginaires de la langue*“, gdzie twierdzi, że cierpienie to rzadko się tylko napotyka. W dyskusyi nad tym przedmiotem podnosili Fournier, Lobbé, Laborde, Perrin, Hardy i Diday, że nie jest ono tak bardzo rzadkiem, i że spostrzega się je u osób nerwowych, cierpiących na gościec lub dnę, w końcu jako początkowy objaw wiądu rdzenia pacierzowego (*tabes dorsualis*), lub porażenia ogólnego (*paralysis generalis*). To samo podnosi także i Luys.

Magitot w *Gazette hebdom.* Nr. 48, 1887 r. rozróżnia w artykule „*De la glossodynie*“ postać reumatyczną, która tamuje ruchy języka i neuralgiczną. Z czterech jego chorych w wieku od 35—78 lat dwu było mężczyzn. U dwu była wybitna obawa o raka.

Lefferts w *Medical News* z 17 listopada 1888 roku twierdzi w artykule p. t. „*Imaginary lingual ulceration*“, że cierpienie to w równym stopniu nagabywa mężczyzn jak i kobiety.

Hadden w *Lancet* 1890, Nr. 4 wymienia w artykule „*On a subjective sensation of the mouth in women*“ cztery chore kobiety liczące lat 39, 52, 63, 74. Z pomiędzy tych trzy były nerwowe, u jednéj zaś istniało lekkie pieczenie w końcu języka, które spotęgowało się aż do bólu i rozciągnęło na cały język, na widok brata cierpiącego na raka twarzy. Co do cierpienia opisywanego muszę się zgodzić z prof. Bernhardtem, że jest ono rzadkiem, jeżeli się wykluczy cierpienia wyimaginowane. W literaturze niemieckiéj napotyka się wzmiankę o niem dopiero przez prof. Bernhardta, który pomimo wielkiéj sposobności do tego, zauważył je tylko w czterech przypadkach w ciągu lat 6. Ja nie spotkałem się z nim ani w klinikach berlińskich ani paryskich, dopiero we własnéj praktyce i to w krótkim bardzo czasie, bo w przeciągu 4 tygodni z trzema przypadkami. Trzeba jednak uwzględnić znaczną liczbę chorych, którym się udziela porady lekarskiéj w lecznicy, n. p. w roku ubiegłym 11 502, a na tę pokaźną liczbę przypada tylko jedna chora. Cierpienie to jest tak dokuczliwe, że jak nadmieniłem, chorzy choć niezamożni zdala przyjeżdżali po poradę, tem więcéj nie omieszkaliby w miejscu korzystać z bezpłatnéj rady w lecznicy. Dlatego raz jeszcze wypada zaznaczyć, że cierpienie to stanowczo do rzadszych należy. Większość autorów skłania się do tego, że nagabuje ono przeważnie kobiety. Moje trzy przypadki również to potwierdzają.

Przyczyny téj choroby trudno podać. Niektórzy podnoszą nerwowość, gościec i dnę. Z moich przypadków tylko w trzecim zeszły się razem nerwowość wraz z przewlekłym gośćcem stawowym. Nerwowość ta jednak nie była nazbyt wysoką i nie nosiła nigdy wybitnych cech histeryi, o ile było można stwierdzić przy wywiadach. Gdyby ona zresztą była tak ważnym czynnikiem usposabiającym, to wobec „naszego wieku nerwowego“ należałoby się jéj częściéj spodziewać i z pewnością nie uszłoby ono méj uwadze, jeśli zważymy, że w lecznicy szuka porady jedna trzecia część żydów z wymienionéj liczby chorych, rasy *par excellence* nerwowéj.

Brak zębów, lub też sztuczne, w końcu resztki tychże, mogące drażnić język, wszystko to podnoszone przez innych autorów, znajdujemy i w naszych opisanych trzech przypadkach, ileż jednak starców jest wśród tych samych warunków, a tak mała tylko część podlega temu cierpieniu.

Nieprawidłowości opisane przezemnie, które również i inni autorowie napotykali, jako to silniejsze faldowanie błony śluzowéj, żylaki na podstawie języka itd., wszystko to są objawy zbyt banalne; jeżeli będziemy badać jamę ustną u osób w podeszłym wieku, napotykamy je również bardzo często, a jednak wolne są one od tego cierpienia. Jednem słowem przyczyny jego nie jesteśmy w stanie podać. Ja ze swéj strony zwrócić muszę uwagę na bardzo podeszły wiek mych chorych, a jeszcze większy nacisk położyć na równoczesne pieczenie i swędzenie nóg, lub też i rąk zarazem, właściwe wiekowi podeszłemu, które poprzedzało pojawienie się nieznośnego pieczenia w języku, a które chore za zupełnie podobne uczucie podawały.

Z kolei wypada mi nadmienić o kwestyi imaginacyi w tem cierpieniu.

Chorzy dotknięci tem dotkliwem pieczeniem języka szukają przyczyny i oczywiście nasuwać się także musi myśl o raku języka, chorobie ogólnie znanéj i tak słusznie obawę wzbudzającéj. Nie dziw więc, że szukają, jak to i w naszych przypadkach było przedewszystkiem porady operatorów, a zapewnienie, że nie mają powodu obawiać się téj groźnéj choroby, przynosi wielką rzeczywiście ulgę, lecz jedynie tylko moralną, cierpienie bowiem fizyczne trwa daléj z tem samem nasileniem. W przypadkach tych istniejące cierpienie wywołało podejrzenie raka. Inaczéj się rzecz ma, jeżeli obawa raka, na którego zapadł ktoś z otoczenia, wywoła objawy podobne do opisywanych obecnie, a dzieje się to dość często. W tych razach rzeczywiście nerwowość odgrywa główną rolę. Mogę tutaj przytoczyć przypadek malujący to bardzo dobitnie.

Tyczy się on chorej, liczącej lat 49; dziedzicznie obarczonej, bardzo inteligentnej, egzaltowanej zawsze i bardzo nerwowej. Przechodziła ona klimaktery wśród bardzo ciężkich zaburzeń psychicznych, jak idei prześladowczych i t. d. Równocześnie chorował jej mąż i zmarł na raka w szczęce dolnej. Otóż chora rozpoczęła wówczas skarżyć się na ból i silne pieczenie z boku języka i na zewnętrznej stronie szczęki dolnej, a nawet uczuwała pod palcem guzkowatą narośl. Badanie ze strony operatora nie wykazało najmniejszych zboczeń. Mimo to chora przez długi czas, bo blisko 2 lata wciąż się na to cierpienie uskarżała, twierdząc, że to są początki raka. Po przejściu klimakterów ustały zupełnie zaburzenia psychiczne, a z niemi i to imaginacyjne cierpienie, słusznie przez B e r n h a r d t a *Cancrophobia* nazwane. Tu mamy do czynienia z cierpieniem poddanem, ze suggestyją z *ulcérations imaginaires*, co naszem zdaniem ściśle należy rozróżnić od istotnego cierpienia, które, co łatwo zresztą pojąć, naprowadza na myśl o raku.

Leczenie bardzo mało może dokazać. Zalecana przez B e r n h a r d t a hydroterapija, bromek potasu, pędzlowanie kokainą lub azotanem srebrowym, termokauter i. t. d., jak sam wyznaje, nie przynoszą skutku. Skuteczniej już zdaje się działać elektryczność w postaci bądź prądu stałego, bądź indukcyjnego. Mojem zdaniem, nauczony pierwszym przytoczonym przypadkiem, im mniej się robi, tem lepiej — szczególniej zaś wystrzegać się należy zabiegów miejscowych, choćby na razie ulgę przynosiły, po niej bowiem następuje zazwyczaj pogorszenie. Czystość jamy ustnej, płukanie chłodną wodą kilka razy dziennie, to wszystko, co można choremu zalecić.

II. Z pracowni profesora Cornila w Paryżu.

O udziale krwi w powstawaniu produktów zapalnych.

Napisał
Andrzej Obrzut z Pragi.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34.)

2) Przypadek: marskość zanikowa, P. A., kobieta, 70 lat, *Endocarditis chron. valv. bicusp. et aortae. Ascites.* Badanie mikroskopowe. Jestto marskość podobnie jak poprzednia mono- i multilobularna ze znacznie zniszczonym miąższem. Wielka liczba zrazików zastąpiona tu jest tkanką łączną, w której tylko małe wysepki miąższu wątrobowego są widoczne. Przy słabem powiększeniu tkanka łączna w przestworach okołożylnych przedstawia się jako w wysokim stopniu zorganizowana t. j. zawiera bardzo nieznaczną ilość jąder okrągłych podobnych do leukocytów i maleńkich jąder wrzecionowatych. Dopiero przy znaczniejszem powiększeniu znajdujemy, że ta tkanka łączna znajduje się dopiero w pierwszych okresach rozwoju. Jest ona bardzo delikatnie włóknista, miejscami ziarnista. Włókienka tworzą siatkę o oczkach kształtów najczęściej okrągłych, a wymiary tych oczek najzupełniej odpowiadają ciałkom czerwonym. Wolne przestwory oczek bardzo często zawierają pojedyncze ciałka czerwone lub ich małe skupiny, jako takie bardzo łatwo po swych konturach dające się rozpoznać i po barwie hemoglobiny, którą niektóre z nich zawierają.

W rozszerzonych naczyniach żylnych spotykamy daleko większą ilość leukocytów, niż to odpowiada stosunkowi prawidłowemu tychże do ciałek czerwonych. Nie będę tutaj opisywał z wszystkiemi szczegółami zmian, jakie okazuje krew w tych naczyniach. O tem pomówię przy innej sposobności. Tutaj wspomnę tylko o jednem ważnem zjawisku na ciałkach czerwonych. W pewnych naczyniach zachowały one swój barwik, w innych część ich lub wszystkie są odbarwione. Na ciałkach odbarwionych można wtedy na wielu naczyniach zauważyć drobne ziarenka silnie się barwiące, ułożone w postaci koła na obwodzie ciałka, lub też gdy tych ziarenek nie jest wiele, tylko pewna część obwodu jest przez nie zajęta. W innych wreszcie naczyniach spotykamy obok wyraźnych leukocytów, których liczba jest zwiększona, ciałka czerwone nieco mniejsze od prawidłowych, ale mające to charakterystyczne, że się barwią safraniną. Stopień barwienia się tym barwikiem nie jest jednakim. Począwszy od lekkiego odcienia aż do najsilniejszego zabarwienia całej masy ciałka, widzimy różne przejścia. Wśród silnie zabarwionych ciałek widzimy i punkty bezbarwne. Wskutek tego zachowania się względem barwika różnica między temi ciałkami, a leukocytami zaciera się do tego stopnia, że ich odróżnić od siebie niepodobna. Nareszcie znajdujemy przekroje naczyń, w których wśród ciałek czerwonych obfitych w hemoglobinę rozprószone są drobne ziarenka silnie safraniną zabarwione, a zupełnie identyczne z istotą chromatyczną leukocytów.

3) Przypadek: marskość przerostowa (*Cirrhosis hypertrophica*), K. W., mężczyzna, lat 44. *Icterus, Tumor lienis chronicus, Pneumonia lobularis, Oedema pulmonum, Meningitis basilaris.* W przypadku tym mamy do czynienia z marskością na około i wśródzrazikową (*Cirrhosis peri et intralobularis*). Nowotworzenie tkanki łącznej jakkolwiek wybitniejsze w przestworach portalnych i przedstawia się w postaci szerokich ognisk nieregularnie rozgałęzionych, to przecież jest ono i na przestwory międzybeleczkowe rozszerzone i to w sposób rozlany. Wskutek tego konfiguracyja pojedynczych zrazików jest zupełnie zmieniona, beleczki komórek wątrobowych poprzerywane, kierunek ich zupełnie zmieniony, a właściwie są one porozbijane na pojedyncze odłamki, w których trudno wynaleść jakiś kierunek. Przestwory włosowate między beleczkami znacznie porozszerzane i są siedzibą nowowytworzonej tkanki łącznej, która w różnych miejscach okazuje różne stopnie organizacyi. W ogólności w przestworach międzybeleczkowych jest ona w początkowych okresach rozwoju, podczas gdy w przestworach portalnych przedstawia się w postaci grubszych i zbitszych pasm. Najwięcej na uwagę zasługują owe pierwsze okresy nowo-powstającej tkanki, której siedzibą są przestwory włosowate pomiędzy beleczkami wątrobowemi.

Co w pierwszym przypadku marskości zanikowej widzieliśmy w obwodowych częściach zrazików, tutaj spotykamy w całych zrazikach. W przestworach włosowatych pomiędzy sąsiedniemi beleczkami rozpięta jest nadzwyczaj delikatna siatka, której cała budowa uwidocznia się z całą dokładnością na bardzo cienkich skrawkach. Nie jest ona produktem dawnej ściany naczynia włosowatego, które nawet zgrubienia nie okazuje nigdzie, ale powstała przez siatkowatą przemianę ciałek czerwonych. W tej to siatce często spotkać możemy ciałka czerwone lub ich odłamki, które tworząc liczne wypustki, dają początek włókienkom owej siatki. Zamiast siatki spotykamy w niektórych przestworach włosowatych masę drobnoziarnistą, w której budowa siatkowata jest tylko gdzieniegdzie zaznaczona. Po barwie hemoglobiny, po resztkach ciałek czerwonych, łatwo rozpoznać, że jestto produkt ciałek czerwonych. Co do składników komórkowych, to często na dosyć szerokiej przestrzeni przestworu międzybeleczkowego, nie spotykamy ani jednego jądra. Zazwyczaj jednak wśród owej siatki lub mas ziarnistych niewyraźnie siatkowatych spotykamy rozmieszczone jądra małe, okrągławe lub większe, owalne i wrzecionowate. W żadnych z tych jąder nie spotykamy ani śladu objawów dzielenia (mitozy). Podobnie nigdzie nie spotkałem mitoz w komórkach śródbłonkowych. Liczba ich nie zwiększona, a związku między niemi, a jądrami wyżej wspomnianemi nigdzie stwierdzić nie można. Ilość pseudokanalików jest nieznaczna. Są to szeregi jąder owalnych, ułożonych w jednej masie pierwoszcza. Związek ich z istniejącemi jeszcze komórkami wątrobowemi jest często widoczny. Nigdzie nie komunikują one z przewodami żółciowemi, w których nic nie zauważyłem patologicznego i żadnych mitoz. Jądra utworów zwanych pseudokanalikami mają, jak wspomniałem, kształt owalny, podobny do jąder w prawdziwych przewodach żółciowych. Nie jestto jednak regułą bez wyjątku. Często między temi owalnemi jądrami spotykamy inne maleńkie, okrągłe, nieraz mniejsze nawet od leukocytów, obfitujące w chromatynę lub twory absolutnie identyczne z leuko-

cytami wielojądrowemi. Właściwy miąższ, to jest komórki wątrobowe w pewnych zrazikach, są bez żadnych zmian patologicznych. Po większéj części jednak zawierają krople tłuszczu większe lub mniejsze. Rozpad wyraźny tylko gdzieniegdzie można zauważyć.

We wszystkich powyższych przypadkach marskości mieliśmy do czynienia ze sprawą przewlekłą zapalną z wszystkiemi jéj charakterystycznemi cechami, z końcowem jéj zejściem, t. j. wytworzeniem tkanki łącznéj. Pochodzenie zapalne téj tkanki łącznéj nie ulegało wątpliwości. Zależało mi teraz na tem, czy też nowotworzenie tkanki łącznéj w tych przypadkach, gdzie charakter zapalny mniéj jest wybitny, połączone jest z temi objawami, lub czy i jakie zachodzą różnice w obu tych razach. W tym celu zbadałem kilka przypadków zaniku muszkatowego wątroby (*atrophia cyanotica*), jaki zazwyczaj przy wybitnych wadach sercowych spotykamy. Oto jeden z tych przypadków:

S. A., kobieta, lat 24, *Endocarditis tricuspid. et valv. art. pulmon. verrucosa cum insufficientia et stenosi, Hypertrophia dilatat. cordis dextri, Cirrhosis cardiaca hepat. Ascites, anasarca.* Oprócz zwyczajnego obrazu, jaki w podobnych przypadkach zazwyczaj spotykamy, t. j. ogromnego rozszerzenia przestworów włosowatych, zwłaszcza w otoczeniu żyłki środkowéj i następowego zaniku beleczek wątrobowych, znajdujemy w tym przypadku znaczną część miąższu zastąpioną przez tkankę łączną i to w zakresie żyły wątrobowéj. Tak w środkowych częściach zrazików, jako też w otoczeniu grubszych gałęzi tego naczynia spotykamy szerokie pasma tkanki łącznéj z małą ilością składników komórkowych, małych, okrągłych i pseudokanalików bardzo krótkich i po większéj części tylko z jednego szeregu komórek złożonych. Ta nowopowstała tkanka łączna składa się z delikatnych włókienek, krzyżujących się w różnych kierunkach lub ułożonych w pęczki falisto przebiegające. Na bardzo cieniutkich skrawkach i przy silniejszem powiększeniu odkrywamy dalsze szczegóły w téj tkance. Spotykamy tu mianowicie dwa główne składniki; jakąś istotę prawie jednostajną i delikatne szarawe włókienka. Te ostatnie rozprószone są bez ładu bliżéj określić się dającego gęściéj lub rzadziéj w istocie jednolitéj. Często jednak przedstawiają postać kół zupełnie jednakich rozmiarów, a odpowiadających swym kształtem okrągłym ciałkom czerwonym. Te szare linijki, które tu niczem innem nie są jak konturami ciałek czerwonych, w miarę zbliżania się do miejsc z wybitną tkanką łączną powoli tracą swój kształt kolisty i przechodzą w włókienka bez ładu rozprószone. Na odwrót w miarę zbliżania się do sąsiednich przestworów międzybeleczkowych, to utkanie siatkowate przechodzi wprost w ciałka czerwone, zabarwione hemoglobiną. Jądra w téj nowopowstałéj tkance łącznéj są to śródbłonki istniejących dawniéj naczyń włosowatych, resztki zanikających komórek wątrobowych i jądra leukocytów. Zawartość dawniejszych przestworów międzybeleczkowych to jest krew, przemieniła się bezpośrednio w tkankę łączną.

Pod względem powstawania tkanki łącznéj bardzo pouczającem jest zachowanie się tych beleczek wątrobowych, między któremi przestwory włosowate nie uległy jeszcze zupełnemu zamknięciu. Widzimy tutaj obok zanikających beleczek bardzo znaczne zgrubienie ścian włosowatych, a zgrubienie to polega na wytworzeniu licznych włókienek, gęsto obok siebie ułożonych, równolegle z beleczką przebiegających. W innych miejscach zamiast włókienek znajdujemy szeregi ciałek czerwonych przez parcie wśródwłosowate poprzygniatanych ku beleczce. Kształt ich wskutek tego nie jest okrągły, lecz owalny, lub jeszcze bardziéj wydłużony. Te to szeregi ciałek czerwonych przechodzą bez wyraźnéj granicy w włókienka tkanki łącznéj wyżéj wspomniane lub w tkankę więcéj jednolitą. Leukocyty, jeźli takowe wśród tych ciałek czerwonych, ulegających przemianie włóknistéj, się znajdują, nie przedstawiają zmian żadnych lub jądra ich są obrzmiałe, bledsze i mniéj obfite w chromatynę, albo przechodzą w małe komórki wrzecionowate. Dawna ściana naczynia włosowatego nie ma przy tem żadnego udziału i łatwo można wynaleść granicę między nią, a nowopowstałą tkanką łączną resp. nieprzemionemi jeszcze w nią ciałkami czerwonemi. Na wielu jednak beleczkach granica ta już zanikła i w tych miejscach geneza téj nowowytworzonéj tkanki łącznéj nie jest widoczną. (C. d. n.)

III. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj Prof. Dra Madurowicza.

O miesieniu i zastosowaniu tegoż do leczenia chorób ginekologicznych, a w szczególności wysięków zapalnych w miednicy małéj

Podał
Dr. Maksymilijan Cercha,
drugi asystent téjże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34).

Zrazu wprawdzie miałem pewne trudności ze względu na to, że nie miałem wprawy w zastosowaniu mięsienia do leczenia chorób ginekologicznych, znając zasady tylko w teoryi, ale mogłem o tyle wziąść się śmieléj do tego, że wykonywałem mięsienie już od dawna w przebiegu chorób innych narządów w zakładzie wodoleczniczym w Krynicy, skorzystawszy ze wskazówek praktycznych i widząc wykonywanie rękoczynów w klinice prof. Mikulicza. Ponieważ zaś wyniki moje były co najmniéj zadowalniające, przeto miałem nadzieję, że i tu będę mógł, stosując się do zasad dotychczas zalecanych, osiągnąć pewne skutki.

Z początku ograniczyłem się do leczenia za pomocą mięsienia wysięków w tkance okołomacicznéj lub wysięków na otrzewny macicy i jéj otoczenia, występujących w przebiegu połogu. Wykonywając zabiegi, trzymałem się wskazówek podanych przez Brandta, a wyłożonych treściwie w dziele Rescha, Schreibera i Reybmayra, jak również korzystając z uwag tych autorów, którzy wówczas o tym przedmiocie pisali. Leczyłem w ten sposób co najmniéj dziesięć chorych, a wyniki jak na początek przeszły moje oczekiwanie, co mogłem wnosić z tego, że chore dotknięte tą samą chorobą i to nieraz w niższym stopniu, które dla porównania poddawałem leczeniu za pomocą kąpieli, stosowania przetworów jodowych w różnych postaciach, daleko dłuższego czasu potrzebowały do osiągnięcia polepszenia; a polepszenie to w porównanie iść nie mogło z wynikami, jakie dawało mięsienie. Równocześnie mogłem stwierdzić, że objawy złego i leniwego zwijania się macicy, które często towarzyszą sprawom zapalnym połogowym, a którego przyczyny szukać należy raz w ucisku, jaki wywiera wypocina na naczynia krwionośne i limfatyczne, a powtóre w podwyższeniu ciepłoty towarzyszącem zapaleniu, pod wpływem mięsienia szybko ustępywały; macica z dnia na dzień się zmniejszała, stawała się twardszą, przyjmując prawidłowe położenie, a odchody różowe lub brunatne zmieniały się na śluzowe, naturalnie, że i sprawa zapalna czyli raczéj jéj produkt szybko ustępował, a i stan ogólny chorych polepszał się, ustępowało osłabienie, przypady ze strony moczu i stolca, apetyt wracał, a chora blada przedtem o rysach twarzy zaostrzonych, zdradzających ciężką chorobę, nabierała cery zdrowéj i podmiotowo czuła się zupełnie zdrową Wprawdzie były i takie przypadki, gdzie po mięsieniu chora doznała bólów, a badanie przedmiotowe wykazało znaczniejszą bolesność, dwa razy nawet stan gorączkowy wystąpił, lecz objawy te były przemijające zwłaszcza, że dnia następnego nie wykonywano mięsienia, a za to stosowano okłady lodowe lub wysychające. Zresztą inni autorowie także o tem wspominają, nie przywiązując do tego wielkiego znaczenia, Zawsze jednak trzeba być w tych przypadkach ostrożnym, aby nieodpowiednem postępowaniem nie wywołać powiększe-

nia się wysięku, co u nas raz miało miejsce, a to, gdyśmy mimo bolesności przystąpili do mięsienia, uważając chorą za zbyt tkliwą, trzeciego dnia wystąpił stan gorączkowy, boleści, i mogliśmy potem przekonać się, że guz się powiększył. Zaburzenie to trwało na szczęście kilka dni, a chora ta w zupełnie dobrym stanie opuściła klinikę.

Wypada mi teraz postępowanie nasze opisać, przyczem zwracam tylko na to uwagę, co jest najważniejsze, a w końcu na poparcie metody, przedstawić w główniejszych przynajmniéj zarysach historyję tych chorych, których wyleczenie niewątpliwie mięsieniu przypisać należy, gdyż zazwyczaj stosując takowe, wstrzymywaliśmy się od używania innych środków, chociaż nie zawsze. Żeśmy wyniki pomyślne otrzymali, zasługą jest w pierwszym rzędzie Prof. Madurowicza, który do czynienia doświadczeń w klinice nas zachęcał, a który przez dokładne rozpoznanie i postawienie wskazania najważniejszą część leczenia wypełniał. Reszty dopełnialiśmy wspólnie, gdyż jeden wobec zajęć klinicznych temu podołaćby nie mógł, jeżeli się zważy, że nieraz kilka chorych równocześnie w klinice leżało.

W przypadkach zapaleń i wysięków w miednicy małéj, które to choroby stanowiły przeważną część naszego materyjału doświadczalnego, przystępowaliśmy do mięsienia dopiero wtedy, gdy minęły objawy ostrego zapalenia, a więc stan gorączkowy i znaczne bóle, a pierwsze posiedzenie rozpoczynaliśmy dopiero w trzy dni po ustąpieniu gorączki, przyczem i bolesność znacznie się zmniejszała. Posiedzenia nasze odbywały się zazwyczaj między godziną 5—7 wieczorem, czasem rano. Nie należy wykonywać mięsienia tuż po spożyciu większéj ilości pokarmów. Przed posiedzeniem należy wypróżnić odbytnicę i pęcherz, inaczéj chora powłoki brzuszne napina, gdy pęcherz jest wypełniony, a wypełnienie odbytnicy utrudnia dostęp do wypociny i zmienia stosunki miejscowe, a już nie pozwala żadną miarą na wprowadzenie palca do odbytnicy, jeżeli tym sposobem chcemy masować. Mięsienie wykonywaliśmy w łóżku i to w ten sposób, aby choréj nie potrzebnie nie ruszać, przysuwała się na brzeg łóżka lewy, lekarz siadał po stronie lewéj, chora zbliżała kończyny dolne zgięte w stanie kolanowym do brzucha, a górna część ciała była nieco podniesiona. W ten sposób napięcie powłok brzusznych, jeżeli choréj zaleciło się swobodnie oddychać, można było zmniejszyć. Unoszenie zaś macicy i resztę zabiegów w niem złączonych wykonywaliśmy na stołku ginekologicznym przeznaczonym do badania, który odpowiada zupełnie temu celowi i okazał się nam zupełnie wystarczającym. W tem miejscu muszę wspomnieć, że używano dawniéj dwóch sposobów mięsienia: 1) mięsienie zewnętrzne, nie różniące się wiele od mięsienia powłok brzusznych w ogólności i 2) mięsienie zestawione, nazwane niewłaściwie mięsieniem wewnętrznem. Pierwsze polega na tem, że ręką lub obiema rękami ułożonemi na miejscu zboczenia chorobowego wykonywamy pewne ruchy. Ten sposób polecany przez Prochownika [1]) nie wielu ma zwolenników, bo o ile skutecznem jest mięsienie powłok brzusznych przy niedowładzie jelit, które często towarzyszy chorobom kobiecym, o tyle małe ma znaczenie w leczeniu wysięków zapalnych w miednicy małéj, albowiem ugniatając od góry i zewnątrz nie mamy żadnéj kontroli ani miary w użyciu siły, a tylko cisnąc na guz i naciągając przez to więzy, sprawiamy bóle, a jeżeli nawet guz jest tak wielki, że zajmuje część miednicy dużéj, to wtedy możemy wprawdzie przyczynić się do wessania części górnéj, całego zaś produktu zapalnego nie usuniemy. Powiedzieć to mogę, opierając się na własnem doświadczeniu, albowiem raz zmuszony byłem użyć tego sposobu u panienki młodéj, która cierpiała na zapalenie około kiszki ślepéj, które przeniosło się na jajnik prawy. Otóż po 3 tygodniowym leczeniu wysięk około jelita ustąpił zupełnie, a tylko w głębi miednicy małéj czuć mogłem górny odcinek guza wielkości jaja, który podczas mięsienia usuwał się z pod ręki, a chora mówiła, że sprawia jéj to ból. Od tego też czasu polepszenia nie mogłem stwierdzić (obserwowana z doc. Marsem w Krynicy). Mięsienie zewnętrzne jednak może przynieść pewną korzyść tam, gdzie zestawione z początku szczególniéj u kobiet nerwowych i wrażliwych z powodu znacznego napięcia powłok jest wprost niemożliwe i bezskuteczne, wtedy to kilkakrotne mięsienie powłok brzusznych, które sprawia, że chora do ucisku się przyzwyczaja, może być bardzo pożyteczne, a nazwałbym je mięsieniem wstępnem, po którym nastąpić powinno zestawione, jako właściwy zabieg leczniczy. Co się tyczy drugiego sposobu mięsienia tak zw. zestawionego, to ono polega na tem, że podczas gdy jedna ręka zazwyczaj prawie wykonywa mięsienie przez powłoki brzuszne, to jeden lub dwa palce drugiéj umieszczone w pochwie lub odbytnicy nieruchomo, podpierają guz i kontrolują ruchy i ich siłę ręki drugiéj, palce te stanowią niejako podstawę, na której spoczywa guz, przez co mięsienie jest dokładniejsze, a każdy ruch ręki zewnętrznéj czuje ręka w pochwie lub odbytnicy umieszczona, nadto jeżeli guz jest ruchomy i da się do powłok brzusznych zbliżyć, to i to zadanie palec w pochwie lub odbytnicy ułożony uskutecznia. Żadną miarą jednak nie można się zgodzić z Aspem, który radzi wykonywać ruchy palcami w pochwie ułożonymi; to sprawia tylko podrażnienie, a do leczenia wcale się nie przyczynia, owszem zaszkodzić może, gdyż mięsienie w pochwie ograniczyć się może tylko na małą i to środkową część guza, co nawet prowadzić może do wywołania ropnia. Raz tylko tego sposobu użyliśmy przy wypocinie w zatoce Douglasa, schodzącéj do połowy prawie tylnéj ściany pochwy i wypuklający ją znacznie. Podrażnienie nerwowe było widoczne, o czem przekonywał nas wyraz twarzy choréj; nadto wydzielała się znaczna ilość śluzu przeźroczystego, pochodzącego prawdopodobnie z gruczołów Bartoliniego. Odtąd zaniechaliśmy tego sposobu, owszem baczyliśmy na to, aby palec umieszczony w pochwie lub odbytnicy żadnych nie wykonywał ruchów. I na to zwrócić uwagę należy, że u chorych, które oddawały się masturbacyi trzeba z mięsieniem być ostrożnym, bo łatwo u nich wywoływamy podrażnienie już przez samo przyłożenie palca do łechtaczki mimo, że ten spoczywa nieruchomo, a chore takie formalnie domagają się mięsienia, które im widocznie przyjemność sprawia, a zarazem szkodzi. Że zaś one masturbacyją wykonywały, to poznać można po zachowaniu się łechtaczki i warg mniejszych, które są zazwyczaj wydłużone, fartuszkowate, a i wywiadami także posługiwać się można. Mięsienie od odbytnicy w naszych przypadkach okazało się bardzo korzystnem przy wysiękach znacznych, umieszczonych w zatoce Douglasa, w którym to razie możemy głęboko włożywszy palec do odbytnicy, guz wraz z macicą lepiéj wysunąć ku powłokom brzusznym, a zabieg ten jest dla choréj mniéj bolesnym, niż skoro to czynimy przez tylne sklepienie, bo wtedy ciśniemy tylko na dolną przednią część guza, przyczem napina się mocno sklepienie, podczas gdy czyniąc to przez odbytnicę ucisk wywieramy na dolną i tylną część

[1]) *Tageblatt der 57. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Magdeburg*, 1884, p. 229.

wypociny i łepiéj możemy ją do drugiéj zbliżyć ręki. To samo tyczy się zrostów w zatoce Douglasa, wywołujących przemieszczenie i unieruchomienie macicy, jak również spraw zapalnych około trąbek i jajników, tu palcem wskazującym możemy dojść bardzo wysoko, nie sprawiając choréj bólu i podpierać te części, które ręka przez powłoki brzuszne ma masować. Palec umieszczany w odbytnicy trzymamy naturalnie nieruchomo, a wyjątek stanowią te przypadki, gdy w celu przyspieszenia obiegu limfy i opróżnienia grubszych naczyń limfatycznych chcemy wykonać ruchy łukowate wzdłuż linii bezimiennéj, poczynając od pozioméj gałęzi kości łonowéj, a dążąc ku odpowiednéj zatoce krzyżowo biodrowéj. Jestto tak zwane *malning*. Posiedzenia zazwyczaj robiliśmy raz na dzień, gdyż przypadki nasze przedstawiały stan zapalny przyostry, a wysięk był jeszcze bolesny, przeto obawialiśmy się przez częstsze miesienie zaostrzenia sprawy, za to w przypadkach wysięków dawniejszych, twardych, niebolesnych lub gdy nam chodziło o zjędrnienie tkanin i pobudzenie czynności nerwów, tam stosowaliśmy mięsienie dwa razy dnia, w pierwszym razie silne i dłużéj trwające, w drugim słabe i przez kilka minut. Jeżeli po masowaniu chore skarżyły się na ból, stosowaliśmy okłady wysychające lub lodowe. Prawie wszystkie chore przez czas leczenia zachowywały spokój bezwzględny. Kąpiele nasiadowe, które u niektórych chorych stosowaliśmy 1—2 godzin przed mięsieniem, także przez zmianę krążenia przyczyniały się do szybszego wessania wypociny. Gdy już doprowadziliśmy do tego, że pozostały tylko resztki wypociny, a bolesność ustąpiła zupełnie, wtedy dla braku miejsca chore opuszczały klinikę, zgłaszały się natomiast co dzień lub co dwa dni i tym sposobem mogliśmy osiągnąć zupełne wyleczenie, do czego jednak potrzeba było dłuższego czasu. (C. d. n.)

IV. Z praktyki prywatnéj.

Przyczynek do kazuistyki padaczki odruchowéj. — Zęby spróchniałe przyczyną 9 miesięcy trwającéj padaczki.

Podał
Dr. T. Bąkowski w Baranowie.

Od czasu ogłoszenia przez Nicolaiego ze Stuttgartu i Hermanna z Hali (w *Deutsche Monatshefte für Zahnheilkunde*, zeszyt I. 1889) 2 przypadków padaczki odruchowéj, długi czas trwającéj wskutek wykluwania się zębów mądrości, w dostępnéj mi literaturze nie czytałem o podobnym przypadku. Przypadek podobny zatem podaję tutaj do wiadomości:

W połowie maja 1889 r. zawezwany zostałem do M. S. w A., panny, lat około 16 liczącéj, izraelitki i zastałem ją w napadzie padaczkowym: rzucała się na wszystkie strony, krzyczała, przyczem mięśnie kończyn były wyprężone chwilami, akcyja serca przyspieszona, a źrenice rozszerzone. Napady te trwały już od końca marca 1889 r. Zaleciłem *aq. antihyster. foetida* wobec obciążenia dziedzicznego (ojciec neurastenik), *natrum bromatum*, późniéj pigułki z chininą i arszenikiem, to znów wodę Roncegno, ale wszystko prawie bez skutku. Napady ciągle się powtarzały, aż doszło do tego, że występowały kilka razy na dzień. Z końcem grudnia 1889 znowu mnie zawezwano, a wtedy zwróciłem uwagę na zęby. Pierwszy trzonowy górny str. prawéj i pierwszy trzonowy dolny str. lewéj były dotknięte próchnicą (*caries*). Pierwszy wyjąłem zaraz, drugi poleciłem wyjąć, co też niebawem wykonano i od tego czasu minęło przeszło pół roku, a napady nie wróciły, nastała zupełna równowaga umysłu.

W przypadkach Nicolaicego i Hermanna występowały bóle głowy, a potem dopiero napady. W moim przypadku chora na żadne bóle się nie skarżyła i dopiero na zapytanie, czy nie zauważyła jakiegoś bodaj maleńkiego bólu zębów przed napadem, odpowiedziała, że czasem istotnie ma bezpośrednio przed napadem jakieś nieprzyjemne uczucie, nie ból, od zębów wychodzące (*aura epileptica*). Z przytoczonego przypadku widać, że nawet mało bolące spróchniałe zęby mogą stać się przyczyną długotrwałych napadów padaczki odruchowéj.

V. Oceny i sprawozdania.

O wynikach wieszań we wiądzie mlecza za pomocą aparatu Muczutkowskiego,

skreślił
Stanisław Daniłło i Emil Przychodzki
docent akad. lekarskiéj. ordyn. pryw. kliniki psychiatr. w Petersburgu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 33).

Badanie za pomocą wziernika wykazuje *staphyloma posticum* daleko posunięte w oku prawem, prócz tego zaćmienie i bladość siatkówki. Prawa górna powieka znacznie opadła i zakrywa do połowy gałkę oczną. Lewy kąt ust opadły ku dołowi, język nieznacznie zbacza na lewo. Odruchów kolanowych brak zupełny tak na jednéj jak i na drugiéj dolnéj odnodze. Odruchy ścięgien kończyn górnych bez zmian widocznych, jak również słuch, smak i powonienie. Czucie dotykowe i elektro-skórne na twarzy, jak również czucie ciepła i bólu osłabione; dwie ostatnie zmiany czucia przechodzą i na przednią powierzchnię szyi. Na przedniéj powierzchni tułowia do wysokości średniéj części mostka czucie dotykowe, termiczne i elektro-skórne zachowane. Toż samo można obserwować z tyłu do dolnych brzegów łopatek. W okolicy granic perkusyjnych żołądka można było zauważyć i stwierdzić dwie postacie skórnéj hyperestezyi dotykowéj i termicznéj. Czucie elektro-skórne w dolnych okolicach brzucha osłabione w porównaniu z takiemże czuciem w okolicy piersi, ale ukłócia chory czuje i lokalizuje prawidłowo. Na napletku i na żołędzi chory różnicy pomiędzy ciepłem i zimnem nie uczuwa, również silny prawie niemożliwy do zniesienia tok indukcyjny chory zaledwie zdolnym jest odczuć, jednak nie jako ból, lecz jako rodzaj ciepłego łechtania. Na obydwu goleniach można było stwierdzić opóźnianie rozdrażnienia bólowego na 1″—2′. Chód znacznie ataktyczny: chodząc, chory podrzuca nogi na strony, uderzając silnie piętami o podłogę. Z zamkniętemi oczami nie tylko chodzić, ale stać nie może. Oznacza jednakże położenie swych odnóg w przestrzeni dość dobrze. Czasem pojawiają się uporczywe zaparcia stolca, *crises gastriques* i *retentio urinae*. Od dawna nie było erekcyj. Białka w moczu niema. Przez cały przeciąg czasu używania wieszań (od 26/10 do 2/12 1889 r. według starego stylu), chory rzadko kiedy skarżył się na rodzaj bólów ciągnących w okolicy lewéj połowy brzucha, pojawiających się napadami po 4—5 dziennie i trwających od 1′ do 2′ z następczo występującemi nudnościami i wymiotami śluzowemi lub z nieznaczną domieszką krwi (*crises gastriques*). Język bywał przytem często obłożony, brak apetytu, sen i w ogóle stan chorego wskutek często zjawiających się bólów niepomyślny. Około 7/12 1889 (starego stylu) *crises gastriques* na pewien czas ustąpiły. Wówczas stosowano terapiję: z początku roczyn jodku i bromku potasu po łyżce stołowej 3 razy dziennie, później zmieniliśmy terapiję, dając antipyrinę 0·5 na noc po dwa proszki w razie pojawienia się *crises gastriques* lub zamiast antipyryny kodeinę po $^1/_6$ grana *pro dosi*; taką terapiję stosować byliśmy zmuszeni wczasie wieszań dość rzadko i to tylko w razie napadów bólu. Jeżeli zaś bóle przed rozpoczęciem okresu wieszań były bardzo dokuczliwe, to bywaliśmy zmuszeni brać się do energiczniejszego leczenia, wstrzykując podskórnie do $^1/_6$ grana morfiny, co drugi dzień naznaczać choremu ciepłe kąpiele do 28° C. i stosować poprzeczną galwanizacyję brzucha z alternatywami Wolty przy tokach o średniéj sile i nareszcie zaczęliśmy próbować wpływu wieszań. Wieszań zastósowaliśmy 24 (od 1′ do 5′, każde następne wieszanie różniło się od poprzedniego nie więcéj niż o $^1/_2$ minuty). Po 1-em wieszaniu chory skarżył się na słaby zawrót głowy, lecz już po 2-em i następnych wieszaniach objaw ów ustąpił niepowrotnie,

jak również innych powikłań wywołanych przez wieszanie nie było. Po 3-em wieszaniu według podania chorego, strumień moczu silniejszy niż przedtem i nieprzerywany bez osobliwszego nadymania się ze strony chorego. Po 4-em wieszaniu, *crises gastriques* pojawiały się rzadziéj, były wyrażone dość słabo i trwały niedługo, ale taki szybki wynik trudno przypisać wpływowi wieszań, prędzéj zaś leczeniu farmaceutycznemu lub temu, że w okresie wiądu *crises gastriques* częstokroć na dłuższy przeciąg czasu znikać mogą. Po 5-em wieszaniu można było stwierdzić polepszenie w chodzie (objaw Romberga wyrażony dość słabo), zmniejszenie bólów strzelających w lewéj nodze; w śnie i stanie ogólnym chorego znaczna poprawa. Po 6-em wieszaniu prócz wyżéj wspomnianych polepszeń, *crises gastriques* całkowicie ustąpiły, apetyt był znacznie lepszym. Po 7-em bóle strzelające w lewéj nodze także ustąpiły. Po 10-em wieszaniu zjawiła się erekcyja z pomazaniem nocnem. Po 11 em stan ogólny chorego uległ znacznéj poprawie i był zupełnie pomyślnym, wyjąwszy jednakże objaw Westphala i objawy wzrokowe, które pod wpływem wieszań nie dały żadnych dodatnich wyników nawet do samego końca wieszań.

A zatem wpływowi wieszań uległy następujące objawy: chód chorego, objaw Romberga, bóle strzelające i nerwowe i inne wady czucia, czynność pęcherza moczowego i narządu płciowego, zaparcia stolca, sen i apetyt, wszystko to razem wzięte znacznie wpłynęło na stan ogólny chorego, a przeważnie i psychiczny.

Przypadek II. A. P. (chory kliniczny), lat 37, lokaj. Początek choroby w 33 roku życia. Nie przebył kiły, lecz pił wiele. Przed wstąpieniem do kliniki wieszano go około 43 razy, począwszy od $^1/_2$ minuty, dochodząc stopniowo do posiedzenia minut 10-ciu, po owych wieszaniach, jak sam wspominał, bóle strzelające znacznie osłabły, stały się rzadszemi, prócz tego chód znacznie się poprawił, był daleko śmielszy i pewniejszy nawet przy wzniesionych w górę oczach, uczucie pasa ściągającego tułów znikło. Z początku w czasie pobytu w klinice chory skarżył się na uczucie chłodu lub piasku pod podeszwami, na rodzaj odrętwienia w palcach górnych i dolnych kończyn, rodzaj ściągania pod kolanami, wzdęcie brzucha i inne t. p. nieprzyjemne uczucia. Objaw Romberga dość wyraźny, odruchów kolanowych brak zupełny. Źrenice jednakowo zwężone: na światło, akomodacyję i ból oddziaływają bardzo słabo i powoli. Chód znacznie atatktyczny. Prąd moczu słaby, przerywany, czasem zaś następuje *incontinentio urinae* z wydzielaniem się moczu kroplami. Czynność płciowa osłabiona, polucyj i erekcyj niema. Znieczulenie członka i dolnych kończyn na przedniéj powierzchni bioder i goleni. Odruchy czuciowe kończyn dolnych znacznie się opóźniają. Łaknienia brak zupełny, sen także niedostateczny wskutek bólów strzelających, znacznie wzmagających się w nocy, rano częstokroć nudności. Naprzemian zaparcie i rozwolnienie. Bóle jednakże daleko silniejsze, aniżeli przed wieszaniami w przytułku św. Grzegorza.

Nie bacząc na to ośmieliliśmy się powtórnie próbować wieszań w klinice (od 7/10 do 2/12 1889 r. według starego stylu) i zastosowaliśmy choremu 24 wieszania. Wogóle chorego wieszano 67 razy, licząc w to poprzednie wieszania. Wieszania rozpoczęły się odrazu od 4-ch minut każde, gdyż chory, jak wspomnieliśmy już przedtem używał tegoż sposobu leczenia 43 razy. Z samego początku nie zauważaliśmy żadnych złych następstw. Pierwsze 9 wieszań trwały po 4 minuty każde, trzy następne po 5′, 13 te zaś wieszanie trwało 2′ minuty, gdyż podówczas chory miał influenzę, przyczem po każdem wieszaniu skarżył się na szum w uszach, zawrót głowy i nudności, wskutek czego trzeba było na czas pewien zaniechać wieszania. 14-te wieszanie trwało 3′, następne począwszy od 15 go do 24-go włącznie, trwały jak pierwéj po 4 minuty każde.

Chód pod wpływem wieszań stał się śmielszym i pewniejszym, ale to polepszenie nie było przedmiotowo zbyt znacznem. Objaw Romberga prawie się nie polepszył. Bóle strzelające podczas wieszań zjawiały się rzadko (wogóle do 6 ciu razy przez cały czas wieszań), jednak daleko rzadziéj niż poprzednio, przyczem odstępy pomiędzy napadami były daleko dłuższemi, dochodząc częstokroć do 2 ch tygodni, następnie znacznie osłabły stopniowo i zupełnie znikły. Najrozmaitsze rodzaje parestezyj poprzednio niepokojące chorego osłabły także w wysokim stopniu. Oddawanie moczu, jakoby w ostatnich dniach wieszań także się polepszyło pod tym względem, że strumień moczu okazał się silniejszym, mniéj przerywanym i bez osobliwszych wysiłków ze strony chorego. Jednakże wogóle wziąwszy, jeżeli polepszenie w tym kierunku nastąpiło, to nie było ono zbyt znacznem.

Po 16 wieszaniach wystąpiła u chorego podczas snu erekcyja z obfitą polucyją, czego nie było od 3 miesięcy. Jednocześnie z pojawieniem się erekcyj zauważono zwiększenie się łaknienia i zniknięcie zaparcia stolca. Ustąpienie bólów strzelających bezwątpienia również wpłynęło dodatnio na nastrój chorego, a głównie zaś na sen. Powrotu jednak odruchu kolanowego jak również polepszenia wzroku nie zauważyliśmy. (C. d. n.)

VI. Z międzynarodowego lekarskiego zjazdu w Berlinie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34).

Obok tych wspaniałych posiedzeń ogólnych zjazdu, które stanowiły nie tyle naukową, ile raczéj dekoracyjną formę zjazdu, chociaż nie można im odmówić znaczenia naukowego, zwłaszcza w kwestyjach poruszonych przez Listera i Kocha, odbył się cały szereg biesiad i wycieczek, a komitet organizacyjny zjazdu dołożył wszelkich starań, aby tak zebrania towarzyskie jak i wycieczki odbyły się z wszelkiemi dogodnościami i mile wspomnienia pozostawiły w umysłach uczestników.

I tak najpierw we wtorek wieczorem dnia 5 sierpnia r. b. urządziła świetną biesiadę rada miejska w Berlinie, a burmistrz Forkenbeck otoczony całem gronem członków należących do pełnéj rady miejskiéj, zapraszał uprzejmie do zajęcia miejsca przy stołach ustawionych w kilku salach ratusza. Przeszło 5000 uczestników raczyło się hojnie przekąskami i dobremi winami, a w końcu szampan podniecał werwę i humor. Nie tylko stoły ustawiono w olbrzymiéj sali posiedzeń, zużytkowano nawet w celu pomieszczenia uczestników półokrągłe ławy radnych miejskich i trybunę prezydenta, co w połączeniu z najróżnorodniejszemi twarzami i ubiorami współbiesiadników różnojęzycznych, wylewami uczuć serdecznych, podnieconych szampanem, nader zajmujący przedstawiało widok, zwłaszcza przy końcu uczty przeciągającéj się poza północ. Świetnie illuminowana wieża nowego ratusza, front tegoż pałacu i klatka wchodowa dodawała całości czarującą ozdobę.

Bankiety pojedynczych sekcyj, w liczbie 17, (bo sekcyja anatomiczna z sekcyją fizyjologiczną urządziły wspólny bankiet w hotelu rzymskim) odbyły się w różnych salach olbrzymiéj stolicy; wieczorem we środę dnia 6 sierpnia r. b. uczestnicy bankietów wpłacali po największéj części po 10 marek za kartę, a tylko 3 sekcyje (chirurgiczna, ginekologiczna i dermatologiczna) urządzały uczty, zapraszając obcych członków zjazdu bez opłacania karty uczestnictwa.

Niewątpliwie najwspanialéj wypadł bankiet chirurgów, na który wszyscy członkowie zagraniczni otrzymali karty zapraszające w swych hotelach.

Członkowie towarzystwa chirurgicznego w Berlinie płacili po 20 marek za kartę uprawniającą do brania udziału w uczcie, inni zaś lekarze niemieccy nie należący do tegoż towarzystwa, płacili po 40 marek za kartę.

Świetny widok przedstawiała sala hotelu centralnego w Berlinie, urządzona na kształt ogrodu zimowego, a zastawiona kilkunastu stołami dla 1000 współbiesiadników, między którymi najpierwsze znakomitości świata lekarskiego, a w szczególności gwiazdy z dziedziny chirurgii główne miejsca zajęły. Prof. Bergmann prezydował bankietowi, mając po prawéj ręce ks. Karola Teodora bawarskiego, a po lewéj znanego Listera. Menu bardzo dowcipnie illustrowane, w łacińskich hexametrach podawało spis wybornych potraw i napojów. Wśród toastów wzniesionych przez Bergmanna, Bardelebena, chirurga francuskiego Le Forta, ks. Karola Teodora

bawarskiego, Bottiniego i t. d. odznaczał się humorem toast wzniesiony przez prof. Thierscha, który zaręczał, że zniechęcony wymówkami dawnéj operacyjnej chirurgii, chciał już zostać profesorem teologii, gdy w tem przykrem zwątpieniu pojawiła się zbawienna metoda Listera, któréj stanowczym zwolennikiem w Niemczech on najpierw się okazał. W podniosłem usposobieniu i z miłemi wspomnieniami po wymienieniu ciepłych uścisków dłoni z różnymi współbiesiadnikami znanymi na polu naukowem, opuszczaliśmy ten wspaniały bankiet.

We czwartek dnia 7 sierpnia odbyły się bale w 4 lokalach równocześnie, ale tylko bal w ogrodzie zimowym hotelu centralnego i w ogrodzie zoologicznym zasługują na wyszczególnienie.

W sobotę dnia 9 sierpnia nastąpiło pożegnalne przyjęcie w prześlicznie oświetlonym ogrodzie Krolla, gdzie podczas uczty ogólnéj miłą przerwę stanowił koncert dany przez personal zaangażowany w tymże teatrze i gdzie dumki ruskie mięszały się z śpiewami polskiemi, niemieckiemi itd.

Z pomiędzy wycieczek urządzonych przez komitet zjazdu, wymienić należy głównie: wycieczkę do wioski Tegel, gdzie woda gruntowa zebrana w jedno wielkie jezioro i przepuszczona następnie przez sączki piaskowe, w postaci należycie oczyszczonéj, zasila wodociągi Berlina. Piękne te urządzenia, umiejętnie przeprowadzone, lecz obok tego nadzwyczaj kosztowne, dostarczają Berlinowi wody wprawdzie czystéj, lecz miękkiéj, niezbyt zimnéj i orzeźwiającéj.

O ileż będzie szczęśliwszym Kraków, jeżeli kosztem o wiele mniejszym zdobędzie z Regulic cały zdrój wody zimnéj, twardéj i orzeźwiającéj, z którą woda berlińska nawet w porównaniu iść nie może. Przeciwnicy projektu regulckiego musieliby bez wątpienia głowy uchylić, gdyby naocznie przekonali się w Berlinie, z jakiemi kosztami i po zmarnowaniu ilu milijonów zapewniono sobie wodę czystą, lecz miękką, niezbyt zimną i nie bardzo smaczną!

Również bardzo pouczającą była wycieczka do Osdorfu i Heinersdorfu, gdzie w sposób naoczny wszyscy mogli się przekonać, jak korzystnie zmienia piaski brandenburgskie ciecz kanałowa sprowadzona z Berlina i rozprowadzona umiejętnie za pomocą rowów po polach przeznaczonych do uprawy. Ciecz ta nader bogata w składniki azotowe przesiąka ziemię i użyźnia ją tak, że bujne plony budzą podziw zwiedzających. W Heinersbergu urządzono również wśród ogrodu ładne przytulisko dla rekonwalescentów płci męskiéj.

Uczestników obu wycieczek tak w Tegel jak i w Osdorfie przyjmował komitet sutą przekąską.

Nader miłą niespodziankę dla wielu uczestników zjazdu stanowiła wycieczka urządzona przez sekcyję laryngologiczną i sekcyję lekarzy wojskowych, a z wycieczki téj nastręczającéj przyjemną przejażdżkę parowcem po jeziorach Havel obok Poczdamu, bez wątpienia wszyscy wynieśli jak najkorzystniejsze wrażenie, gdyż nie tylko podziwiali cuda przyrody, odsłaniające się w różnych zakątkach rozległych tych jezior, ale nadto mieli sposobność oglądania pięknych zamków królewskich i ogrodów rozsianych w téj ulubionéj siedzibie władców pruskich.

Przed odjazdem do Berlina już późnym wieczorem, przyjmował jeszcze uczestników wycieczki komitet sutą kolacyją.

Równocześnie pewna część uczestników zjazdu reprezentująca obce państwa, bawiła na dworze królewskim w Poczdamie, przyjmowana przez jednego z książąt w zastępstwie nieobecnego cesarza niemieckiego i hojnie ugaszczana. O ile mnie zapewniano, to z Polaków bawiących na zjeździe, nikt nie brał udziału w uroczystościach dworskich, albowiem prof. Pareński wyjechał tegoż dnia zrana do Kopenhagi, a drugi zaproszony z naszego grona prof. Hoyer, również doznał przeszkody w uczestniczeniu w tychże uroczystościach.

Nadto codziennie stały otworem dla uczestników zjazdu liczne szpitale, zakłady dla sierót, dla ludzi pozbawionych dachu, zakłady naukowe, prześlicznie i umiejętnie urządzone muzea, cesarski urząd zdrowotny i muzeum higijeniczne wraz z pracownią bakteryjologiczną, hale rzeźne i targowe, zakład krowiankowy, zakład dla umysłowo chorych w Dalldorf itd.

Bez wątpienia każdy z uczestników zjazdu znalazł wiele zakładów pochłaniających całą jego uwagę, widział ogromny postęp w budowie szpitali i szkół pod względem higjenicznym i nie żałował trudu i kosztów, jakie wyjazd jego do Berlina za sobą pociągnął.

Nader zajmującą illustracyję do dziejów medycyny stanowiła wystawa dzieł sztuki, mających związek z nauką lekarską, urządzona we wspaniałym gmachu muzeum przemysłowego. Tam to można było widzieć z jednéj strony niezgrabne, niemal wstręt budzące mordercze narzędzia amputacyjne, używane w ubiegłych stuleciach (wystawione przez wojskowy instytut Fryderyka Wilhelma); z drugiéj zaś strony mile oko błądziło po dawnych aptekach, urozmaiconych majolikami włoskiemi z 16 stulecia lub naczyniami szklanemi wzorzysto pomalowanemi. Obok apteczek należących do prof. Virchowa i Liebreicha podziwiać można było śliczne srebrem ozdobione apteczki z początku 17 stulecia (1612—1618), pochodzące z Augsburga. Dr. Salamon wystawił dawne dyplomy lekarskie i akta uznania cudownych wyników leczniczych przez rady miejskie, a nadto liczne medale lekarzy z 16, 17 i 18 wieku. Z powodu wprowadzenia ochronnego szczepienia ospy przez słynnego Edwarda Jennera, wybito sporo medali, a rysunki i staloryty z końca ubiegłego wieku illustrują nam cały przebieg tego zbawiennego i wiekopomnego odkrycia. Dr. Pfeiffer z Weimaru wystawił cały szereg amuletów, oraz dawnych zamawiań, mających skuteczną stanowić ochronę przed dżumą.

Liczne biusty i obrazy słynnych lekarzy niemieckich z ubiegłego i bieżącego stulecia dodawały całości wiele ozdoby i stwarzały całość i pod względem artystycznym nader ponętną, a pod względem naukowym co do historyi medycyny nader interesującą. (C. d. n.).

Sprawozdanie z II-go Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie.

(Dok. Patrz Nr. 34).

Od czasu, gdy Maas uogólnił myśl Tagliacozzego i Graefego, ogłoszono sporo przypadków leczonych z dobrym wynikiem tą metodą. W artykułach tych uderza jedno: prawie zupełny brak chronicznych wrzodów goleni, pomimo, że są to przypadki bardzo częste i leczą się trudno. Objaśnia to sobie kol. S. trudnością zastosowania tego zachodu operacyjnego na goleni. Rzeczywiście najdogodniéj byłoby w tych razach brać płat z łydki drugiéj goleni, lecz na przeszkodzie tu stoi często obecność owrzodzeń, lub co najmniéj blizn na drugiéj nodze. Zresztą byłoby to możebne w tych przypadkach, w których idzie o pokrycie niewielkiego wrzodu. Natomiast nie odważyłby się prelegent wziąć drugiego płatu z łydki nawet na nodze zupełnie zdrowéj. Transplantacyja Thierscha, jak kol. S. miał możność się przekonać, wykonana na znacznéj przestrzeni łydki, daje bliznę niepewną, wymagającą zachowania się dla zwykłego rolnika prawie niemożebnego. Pozostaje przeto brać płat z uda. Tu jednakże na przeszkodzie staje niedogodne położenie dla chorego i trudność wycięcia odpowiedniego płatu. Wycinając płat z uda, należałoby szypułę jego umieścić w pobliżu pachwiny, lecz takiego położenia chory nie zniesie. Wobec tego z konieczności należy szypułę umiejscowiać nad kolanem, przez co znowu bardzo upośledzamy odżywianie płata. Najdogodniéj byłoby brać płat z zewnętrznéj lub wewnętrznéj strony nogi, pozostawiając szypułę uda i wycinając płat z dolnéj części uda i górnéj goleni. Na to jednakże nie śmiał się odważyć ze względu na staw kolanowy. Z tego powodu zdecydował się kol. S. na transplantacyję płatu wyciętego z przedniéj powierzchni uda, z szypułą nad stawem kolanowym. Wykonał operacyję trzy razy u osób młodych, z wrzodami rozległemi prawie kolistemi, trwającemi od lat przeszło 10. We wszystkich przypadkach długotrwałe owrzodzenia sprowadzały zniekształcenia kości goleni i stopy. Chorzy uskarżali się na ciągły ból (darcie) w kości, który niezmiernie im utrudniał chodzenie. W dwu przypadkach chorzy godzili się na amputacyję. We wszystkich trzech przypadkach dla pokrycia owrzodzenia wycinał płat z przedniéj powierzchni uda nogi zdrowéj. Płat miał kierunek podłużny i szypułę nad kolanem. Długość jego

wynosiła 22—24 cm., szerokość około 12 cm. Układał kończyny w ten sposób, że zdrową wyprostowywał, owrzodzoną zaś zginał i układał na udzie pierwszéj. Unieruchomiał za pomocą dwu szyn, z których jedna prosta była położona pod nogą zdrową, druga zaś rozpoczynała się na udzie owrzodzonéj nogi i przebiegając ósemkowato łączyła ze sobą i umocowywała obiedwie kończyny. Szyny te przybandażowywał za pomocą opasek gipsowych. Przebieg i wynik był następujący: W I. przypadku (18-letnia zdrowa i dobrze zbudowana dziewczyna) zmartwiał brzeg płata przeciwległy szypule, na przestrzeni 4—5 cm. Pozostała część przyrosła. Szypułę odciął na jednem posiedzeniu po dniach 33. Wynik operacyi bardzo dobry. Chorą widziałem w kilka miesięcy po operacyi. W II. przypadku (wątły i źle odżywiony 20-letni chłopiec) wynik był gorszy. Zaraz po wycięciu płat był flakowaty i barwę miał blado siną. Znaczna część płatu zmartwiała i tylko 10 cm. przyrosło dokładnie. Po 2 tygodniach szypułę nadcięto, a po 3 tyg. zupełnie płat oddzielono. Pokrył on $^2/_3$ wrzodu, pozostawiając niepokrytą tylko górną część jego. Chciano wykonać dodatkową transplantacyję Thierscha, lecz chory zmuszony był wyjechać. Nie mniéj przeto wynik można nazwać dobrym. Bóle przeszły i chory może chodzić i pracować. W 8 miesięcy po operacyi chory chcąc się pokazać, 7 mil przyszedł pieszo, bez widocznego utrudzenia. Sam on jest z wyniku operacyjnego wielce zadowolony. Powyższe dwie operacyje przekonały kol. S., że postępując w ten sposób, nie można wycinać płata dłuższego nad 10—15 cm. bez narażenia go na obumarcie w znacznéj części. Nadto sam zabieg operacyjny był bardzo ciężki. Chorzy cierpieli niezmiernie, trzeba było wciąż dawać narkotyki, aby uśmierzyć nieco ból i snu chorym udzielić. Przytem z rany uda wypływała taka masa surowicy, że cały opatrunek nią przesiąkał. Dostęp do ran był utrudniony gipsem i o ściśléj antyseptyce mowy być nie mogło. Ropienie było obfite, to też ciągle był kol. Sawicki w obawie, aby się jakie powikłanie do rany nie przyłączyło. Ze względu na to postanowiono w III. przypadku inaczéj postąpić. Kol. S. miał tu do czynienia z dość wątłą 26-letnią histeryczką, mającą na lewéj goleni od lat 17 wrzód prawie kolisty. Kości golenì zgrubiałe, stopa zniekształtniona. Chora chodzić nie mogła i żądała amputacyi. W $2^1/_2$ miesiąca po osteotomii wycięto podłużny płat na przedniéj powierzchni prawego uda, pozostawiając 2 szypuły u góry i dołu. Pod płat włożono gazę jodoformową. Zaraz po operacyi chora dostała ciężkich objawów nerwowych, ciągłych wymiotów, bezsenności, bólu obu nóg, głowy itp. Pomimo to płat w ciągu pierwszych paru tygodni przedstawiał się bardzo dobrze. Dopiero po upływie miesiąca, gdy chora była bardzo wyniszczona i obawa zachodziła o jéj życie, płat zaczął się po środku przedzielać. Po kilku tygodniach chora wyglądała zastraszająco. Zastosowano leczenie psychiczne, chora zaczęła jeść i po paru tygodniach poprawiło się wejrzenie. Zgorzelina na środku płatu posuwała się daléj. We 2 miesiące po pierwszéj operacyi rozcięto mostek łączący górną podstawę płata z dolną. Pierwszą pozostawiono na udzie, drugą zaś powiększono nieco dwoma bocznemi cięciami, oskrobano ziarniny i przyszyto do środkowéj części okrwawionéj powierzchni, otrzymanéj po wycięciu wrzodu. Na bocznych powierzchniach goleni pozostały dwie niewielkie przestrzenie niepokryte. Przebieg był bardzo dobry. Chora zniosła dalsze leczenie nadspodziewanie dobrze, prawie bez użycia narkotyków. Płat przyrósł całkowicie. Odcięto go w 19 dni po przyszyciu. Boczne powierzchnie, na które płata nie wystarczyło, pokryto płatkami Thierscha. Wynik był w zupełności zadowalniającym. Chora doznaje obecnie jeszcze bólu w stopie po dłuższem chodzeniu, jest on jednak bez porównania mniejszy, niż przed operacyją i zmniejsza się stopniowo.

Na górnéj kończynie wykonał transplantacyję Maasa raz jeden. Po róży zgorzelinowéj robotnik wiejski utracił skórę na $^2/_3$ ramienia i $^1/_2$ przedramienia. Najprzód zastosowano transplantacyję Thierscha. Płatki przyjęły się na całéj przestrzeni z wyjątkiem łokcia. Wówczas ostatni pokryto płatem wziętym z boku. Rękę umocowano tylko za pomocą opasek. Szypułę przecięto po 12 dniach. Cały płat przyrósł dobrze. Od tego czasu upłynął już rok przeszło; chory wykonywa wszystkie czynności gospodarskie bez trudności.

Kol. S. na mocy doświadczenia własnego i z literatury czyni następujące wnioski: 1) Przy znaczniejszych owrzodzeniach można część ich pokrywać płatkami Thierscha, na miejsce zaś bardziéj wystawione na uraz przeszczepiać płat Maasa. 2) Lepiéj wycinać cały wrzód, niż tylko zeskrobywać ziarninę. 3) Płat należy dobrze przystosować do podstawy za pomocą połączenia brzegów jego z sąsiedniemi tkankami, za pomocą szwów pogrążonych i wreszcie za pomocą warstwy gazy miękkiéj, dokładnie go przyciskającéj. 4) W razie transplantacyi płata z uda na goleń drugiéj nogi lepiéj jest wykonać operacyję na 2 zawody. Najprzód wyciąć płat z dwiema szypułami, górną i dolną, podłożyć gazę pod niego i czekać, aż się rana i płat ziarniną pokryją. Wówczas górną szypułę przeciąć, ziarninę zeskrobać i płat przyszyć. 5) Długość płata nie może przechodzić pewnych granic, zależnych od ogólnego stanu chorego i miejsca, z którego płat się wycina. Na udzie oznacza ją kol. S. średnio na 15—20 cm. Z boku można brać płaty dłuższe. 6) W celu unieruchomienia odpowiednich kończyn nie potrzeba nakładać oddzielnych szyn pod każdą kończynę. Wystarcza tu zastosowanie 1 lub 2 szyn. 7) Pokrywanie szypułą jest zbyteczne.

Wykład XXXVII. Z kolei mówił kol. Bohosiewicz: „O guzach wrodzonych w okolicy krzyżowéj.“ Po krótkiéj wzmiance o budowie anatomicznéj tych guzów, dzieląc takowe podług Braunego i Bergmana na guzy wrodzone o budowie czysto nowotworowéj i na prawdziwe teratomy, t. j. na guzy, w których znachodzimy utkania części płodowych, z życia płodowego pochodzących, jest zdania, że te teratomy powstają przez tak zwaną intrafektacyję. Przedstawia trzy nader ciekawe przypadki, w których za pomocą operacyi usunięto olbrzymie teratomy zwyż wspomnianéj okolicy.

I. przypadek operowany przez profesora Rydygiera, dotyczy dziecka płci żeńskiéj, które przyszło na świat z kolosalnym guzem w okolicy krzyżowéj. Guz ten nie przedstawiał przeszkody porodowéj. Z dzieckiem zresztą zdrowem zgłasza się matka po 3 miesiącach do kliniki. Tu skonstatowano guz wielkości głowy 10 letniego dziecka, siedzący na szerokiéj podstawie w okolicy kości krzyżowéj. Skóra nad guzem blisko podstawy prawidłowa, na największéj wypukłości napięta i zanikła, zbitość niejednolita, otwór odchodowy w guzie; badanie *per rectum* wykazuje, że guz ten sięga wysoko pod kość krzyżową; połączenia z rdzeniem pacierzowym stwierdzić nie można; przy krzyku dziecka guz ten się nie powiększa. (Prelegent okazuje fotografiję dziecka). Operacyja była dość łatwą, wyłuszczenie bez znaczniejszego krwotoku, nieznaczne zrosty z odbytnicą. Szew głęboki, węzełkowaty z góry na dół, opatrunek kolodyjonowy, przebieg prawie bezgorączkowy; po ośmiu dniach szwy wyjęto, wygojenie *per primam* (prelegent przedstawia dziecko). Guz wycięty zbadano w tutejszym zakładzie anatomiczno-patologicznym przy pomocy kol. Hempla i stwierdzono rozpoznanie *teratoma*. Kol. B. okazuje preparat anatomiczny, składający się ze zlepków, torbieli większych i mniejszych, napełnionych bądź to cieczą przeźroczystą, białawą, ciągnącą się, zawierającą ciałka limfatyczne, miazgę, przybłonek migawkowy, bądź to ciecz płynną, jasno-żółtawą, zawierającą ciałka krwi, cholestearynę i kryształki kwasów tłuszczowych. Oprócz tych torbieli znajdują się guzki twardsze, do wielkości orzecha laskowego dochodzące, zawierające tkankę łączną i tłuszczową. Wreszcie znajdują się części kręgów i kosteczka długości 7 mm., szerokości 3 mm. o nierównéj powierzchni.

II. przypadek operował kol. Bohosiewicz przed 4-ma laty w Nowym Targu przy pomocy kol. Scheina. Dziecko liczyło wtenczas 3 dni. W okolicy kości krzyżowéj zajmując części obu pośladków, znajdował się guz w kształcie olbrzymiego wałka, sięgający przy pionowem ustawieniu dziecka aż do stóp tegoż. Objętość na podstawie 25 cm., długość 30 cm. Blisko dolnego końca zaokrąglonego w kształcie głowy znajduje się na całym obwodzie guza 2 cm. szeroki, $^1/_2$ cm. głęboki rowek. Na pierwsze wejrzenie przedstawia się guz ten jako zaczątek człowieka z głową, szyją i tułowiem. Skóra nad guzem prawidłowa, przesuwalna, ucisk zewnętrzny nie

pomniejsza go, nie wywołuje żadnych zmian ucisku mózgowego; zbitość niejednolita, obok twardych części znajdują się miejsca o wybitnem chełbotaniu. Mimo, że badania *per rectum* nie uskuteczniono, połączenie ze stosem pacierzowym wykluczyć było można. Otwór odchodowy mocno ku przodowi wysunięty. Operacyja wśród bardzo trudnych warunków, bo w ciemnéj i małéj chatce góralskiéj przy asystencyi żołnierza. Cięcie okrężne blisko nasady; wyłuszczenie dość mozolne z powodu silnych zrostów z kością krzyżową, ogonową i odbytnicą. Krwotok nieznaczny; mimo tego przy końcu operacyi tętno dziecka bardzo słabe, prawie nie macalne, oddech powierzchowny skłania do szybkiego ukończenia operacyi, szew węzełkowy jedwabny, poprzeczny; dziecko przestaje oddychać, sztuczne przywołanie do życia, założenie sączków w kąty rany, opatrunek jodoformowy. Kilka godzin po operacyi dziecko, które owinięto w ciepłą serwetę bardzo anemiczne, bierze jednak chętnie pierś i jest swobodne. Przebieg bezgorączkowy, zagojenie rany w przeciągu dni 14. Kol. B. przedstawia dziewczynkę, która obecnie liczy lat 4, cieleśnie i umysłowo prawidłowo rozwiniętą. W okolicy krzyżowéj widać tylko bliznę 10 cm. długą, poprzeczną. Prelegent żałuje, że preparatu anatomicznego okazać nie może. Guz ten jednak przedstawiał budowę zupełnie podobną do powyżéj opisanego. Obok licznych torbieli zawierał większe i mniejsze guzy elastyczne i zbite. Kości w torbielach nie znaleziono.

III. przypadek. Kolega B. przedstawia 20 letnią dziewczynę, która nosi od urodzenia guz wielkości pięści, wychodzący z okolicy kości krzyżowéj. W dwunastym roku życia z nieznanéj przyczyny powstał w guzie tym otworek wielkości grochu, z którego się ciągle ciecz ropiasta wydzielała. Guz musiał się pomniejszyć. Obecnie widzimy w okolicy kości krzyżowéj i ogonowéj więcéj po stronie lewéj położony guz wielkości pięści dorosłego mężczyzny, podzielony rowkiem na 2 części, z których lewa znacznie jest większa. Guz ten jest miękki, zachodzi pod kość krzyżową, wypychając kość ogonową mocno ku tyłowi. Badanie *per rectum* wykazuje silne zrosty guza z odbytnicą. Rozpoznanie: *tumor sacralis abscedens congenitus.*

Po wykładzie tym nastąpiło okazanie gorsetów z cienkich blaszek drzewnych lepionych klejem i gliceryną, roboty kol. Trzebicky'ego, nie tylko rzeczywiście odznaczających się pięknem wykonaniem, ale zarazem lekkością i trwałością.

Dr. Gross okazał gorsety ze szkła wodnego, poczem przystąpił do okazania nowego sposobu resekcyi III. gałęzi nerwu trójdzielnego od jamy ust.

II. zjazd chirurgów przewodniczący zamknął z uderzeniem godziny 4-téj, wyrażając nadzieję, że w roku przyszłym obradować znowu wspólnie będą jako sekcyja wcielona do ogólnego zjazdu polskich lekarzy, mającego się odbyć w Krakowie. Krótkość czasu nie pozwalała na wygłoszenie jeszcze wykładów kol. Stereczyńskiego: „Przypadek włoskowca gardzieli (*mycosis pharingis leptothrica*), kolegi Rościszewskiego: „O resekcyi III gałęzi nerwu trójdzielnego sposobem Ullmanna" i kolegi Langiego: „Dwa przypadki *epispadiasis* i *ectopia vesicae*" (z przedstawieniem chorych). Wprost z kliniki chirurg. prawie całe towarzystwo zwiedziło zamek i groby królewskie, gdyż wielu uczestników będąc po raz pierwszy w Krakowie nie miało sposobności oglądać pamiątek polskich. Pożegnalna składkowa uczta odbyła się w Grand-hotelu, gdzie do późnego wieczoru po z korzyścią przepędzonych dniach trzech bawiono się wśród miłéj koleżeńskiéj pogadanki.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, dnia 29 sierpnia. Dzienniki podały mylną wiadomość, jakoby Profesorowie Obaliński i Rydygier wyjechali do chorego ks. Jerzego Czartoryskiego do Krynicy. Prof. Rydygier bowiem bawi w Sobocie (Zopoth), a Prof. Obaliński w Szczawnicy. Przybyli już do Krakowa po dłuższéj nieobecności Proff.: Domański i Gluziński. Prof. Blumenstok wróci w przyszłym tygodniu.

* **Wiedeń**. Rząd nosi się z zamiarem uporządkowania sprawy specyjalistów, tak, aby żaden lekarz nie miał prawa uważać się za specyjalistę w pewnych chorobach, który nie może wykazać się ze szczególnych studyjów w tym względzie.

* **Berlin**. Asystenci zakładu fizyjologicznego prof. Gad i Dr. Heymans otrzymali od Akademii Paryskiéj nagrodę Pourrata za pracę pod tyt.: „Wpływ ciepłoty na funkcyję istoty mięśniowéj".

* W Brunszwiku odbędzie się od 11—14 września Zjazd Stowarzyszenia niemieckiego dla higijeny publicznéj.

* Cholera w Hiszpanii ciągle utrzymuje się w jednakiem natężeniu. Według wykazów urzędowych aż do dnia 11 sierpnia zachorowało osób 1659, a umarło 823.

* **Mianowania**. Docent wiedeński Dr. Ludwik Piskáček mianowany został profesorem położnictwa w szkole dla akuszerek w Linzu.

* **Odznaczenia**. Burmistrz Meranu Dr. med. Józef Pischer otrzymał szlachectwo austryjackie.

* **Nekrologija**. W Królewcu umarł fizyk miejski prof. Dr. Pincus, znany z kilku prac w dziedzinie sądowo-lekarskiéj; na wyspie Wight lekarz przyboczny królowéj angielskiéj Sir William Hoffmeister.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 32: St. Radziszewskiego: Notatki z kazuistyki położniczéj wiejskiéj. — W *Gazecie Lek.* Nr. 33: S. Mintza: O metodach ilościowego określania wolnego kwasu solnego w zawartości żołądkowéj. Fr. Jawdyńskiego: Rana kłuta prawego pośladka z przecięciem tętnicy pośladkowéj i zranieniem pęcherza moczowego, oraz kilka słów o leczeniu tegoż narządu (dok.). — W *Medycynie* Nr. 33: St. Radziszewskiego: Notatki z kazuistyki położniczéj wiejskiéj. — *Gazecie Lek.* Nr. 34: Zabłudowskiego: Przyczynki do techniki masażu; Sędziaka: Kwas trójchlorooctowy w chorobach gardła, krtani, nosa i uszu.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Władysław GAJKIEWICZ: Syfilis układu nerwowego (*Odczyty kliniczne* Nr. 18, 19, 20 wyd. *Gaz. Lek.* 1890).

W zast. Redaktora odpowiedzialnego: **Dr. F. Murdzieński.**

KONKURS

na posadę lekarza miejskiego w Błażowie z roczną płacą 400 złr. a. w., 4 sągów drzewa oraz z dochodami z oględzin umarłych i bydła. Ludność samej Błażowej liczy około 5000 dusz. Aptéka w miejscu. Podania należycie udokumentowane należy wnieść na ręce urzędu gminnego do 15 września br.

P. P. Doktorowie wszech nauk lekarskich mają pierwszeństwo. Urząd gminny. 103—5—3

Błażowa dnia 11 sierpnia 1890.

Jan Kruczek burmistrz.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.